Lane Medical Library

Über das Cervixfibromyom,

insbesondere über einen in der hiesigen Frauenklinik beobachteten Fall von Fibromyom der vorderen Muttermundslippe.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Mittwoch, den 4. August 1897

Mittags 1½ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Peter Frey

aus der Rheinprovinz.

Opponenten:

Herr Dr. med. Röske.
Herr cand. med. Lehmann.

Greifswald.
Buchdruckerei C. Sell (Hans Adler).
1897.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0142

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Die früher als „Fibroide“ bezeichneten Tumoren des Uterus bilden einen sehr häufigen Befund. Heutzutage spricht man von „Myomen“ oder „Fibromyomen“. Letztere von Virchow aufgestellte Bezeichnung verdient indes den Vorzug, da sie genauer die anatomische Struktur zum Ausdruck bringt. Trotz der Häufigkeit dieser Geschwülste am Uterus trifft man sie doch nicht gleichmässig an allen Teilen desselben an. Während das Corpus, und hier wieder Fundus und die hintere Wand, Prädilektionssitz sind, findet man sie doch viel seltener an der Cervix. An diesem Uterussegment ist die hintere Wand bevorzugt; die Muttermundslippen sind am seltensten der Sitz eines Fibromyoms.

Bevor ich jedoch einige in der Litteratur aufgeführten Fälle von Fibromyom der vorderen Muttermundslippe erwähne und den in der hiesigen gynäkologischen Klinik beobachteten Fall bespreche, sollen einige allgemeine Bemerkungen über die Fibromyome der Cervix Platz finden.

Was zunächst die anatomische Struktur der Collumfibromyome anbetrifft, so bestehen sie wie alle Tumoren dieser Gattung am Uterus aus glatten

Muskelfasern und faserigem Bindegewebe; beide Bestandteile liegen unregelmässig durcheinander.

Der eine oder andere Teil kann überwiegen, und die Geschwulst sich so mehr dem Typus des reinen Fibrom's oder Myom's nähern. Virchow sagt, dass gerade die Fibromyome der Cervix mehr bindegewebigen Charakter haben.

Von der Menge des fibrösen Elements hängt natürlich die Consistenz und die Anzahl der Gefässe ab, wie denn auch das Überwiegen dieses Anteils die Farbe auf dem Durchschnitt bedingt. Die Schnittfläche der weicheren, in denen also die Muskelbündel überwiegen, hat eine rötliche, während die der härteren eine mehr weissliche Farbe aufweist. Die letzteren sind auch meistens von einer derben Haut umschlossen.

Wenn man im allgemeinen den Fibromyomen ein langsames Wachstum zuschreiben muss, so ist doch der Unterschied zu berücksichtigen, dass diejenigen, bei denen der muskuläre Anteil überwiegt, etwas schneller wachsen als die anderen. Demgemäss zeigen die Cervixfibromyome ein geringeres Wachstum. Dass auch noch weitere Momente das Wachstum beeinflussen, hat die Erfahrung gelehrt. So hat man beobachtet, dass die dem reinen „Myom" in ihrer Struktur sich nähernden Geschwülste bei Gravidität an Umfang bedeutend zunahmen, während man andererseits ziemlich häufig konstatiert hat, dass das Klimakterium der weiteren Zunahme ein

Ziel setzte, oder sogar eine Verkleinerung hervorrief. Nach Gusserow vollzieht sich das Wachstum in der Richtung des geringsten Widerstandes.

Es braucht nicht erwähnt zu werden, dass die Grösse der Fibromyome sehr schwankt, nur das sei angeführt, dass, wenn sie multipel vorkommen, sie meistens klein sind, während die ganz grossen in der Regel vereinzelt gefunden werden.

Wie am Uterus überhaupt, treffen wir auch an der Cervix subseröse, intraparietale und submucöse Fibromyome an. Die ersteren wachsen nach aussen, indem sie das Peritoneum fortdrängen; sie sind wohl am seltensten, und zwar gilt das besonders, wenn der Ausgangspunkt der Entwickelung im Gebiete der Portio vaginalis liegt. Die submucösen sind etwas häufiger. Die subserösen und submucösen sitzen zum Unterschied von den intraparietalen gestielt auf, und während sie von Serosa resp. Mucosa überzogen sind, stecken die intraparietalen in einer derben Kapsel. Dass gerade die Art des Überzugs einen bedeutenden Einfluss auf die Verschiedenheit der klinischen Symptome hat, ist klar.

Die Veränderungen, welche die Fibromyome eingehen können, sind mannigfacher Art. Diese verdienen um so mehr der Erwähnung, als sie einen bedeutenden Einfluss auf die ganze Erkrankung besitzen. Hierbei spielt natürlich die Ernährungsstörung eine Hauptrolle.

Es ist eine häufig gemachte Beobachtung, dass

die Fibromyome zur Zeit der Menses eine bedeutende Schwellung erfahren, die auf die allgemeine Congestion zum Uterus zurückzuführen ist. Es liegt nun auf der Hand, dass der Grad der Schwellung des Tumors seinerseits wieder abhängig ist von der mehr oder weniger guten Communication zwischen ihm und Uterus. Eine Stauung in diesen Verbindungsgefässen, und das gilt besonders von den gestielten Fibromyomen, ruft Ödem hervor. Die Ursache dieser Stauung ist meistens zu suchen in einer Torsion oder einer Knickung des Stieles.

Wichtiger als das Ödem dieser Tumoren sind jene pathologischen Prozesse, welche die anatomische Struktur verändern. Bei fast allen Geschwülsten sieht man nach längerem Bestehen Entzündung, im Anschluss daran Vereiterung oft auftreten; die Fibromyone des unteren Uterinsegments sind davon nicht ausgenommen. Man hat manche Fälle von entzündeten Fibromyomen beobachtet, ohne dass man immer Klarheit über die eigentliche Ursache gewonnen hat. So neigt Gusserow dazu, die Entzündung dieser Geschwülste von dem nekrotischen Zerfall im Innern derselben abhängig zu machen. In unserm später zu besprechenden Falle dürfte die Entzündung doch einfacher auf eine andere Ursache zurückzuführen sein. Zu erwähnen wäre dabei Folgendes:

Wenn die Bekleidung der Tumoren z. B. kleine Defekte bekommen hat, — und wie leicht kann ein

solcher entstehen, besonders wenn ein Fibromyom des unteren Uterinsegments in die Scheide getreten oder sogar vor die äusseren Geschlechtsteile prolabiert ist, infolge eines mechanischen Reizes, — so ist die Eingangspforte für die Entzündungserreger geschaffen. An solche Defekte sich anschliessende Eiterungen der Geschwulstkapsel können unter Umständen eine eitrige Schmelzung des ganzen Tumors zu stande bringen.

Der Verlust der umschliessenden Haut giebt aber noch häufiger den Anlass zu einer Verjauchung der Fibromyome. Diese Verjauchung kann ja auch ihren Ausgangspunkt von einer auf Ernährungsstörung beruhenden Nekrose nehmen, aber das ist das weniger Häufige. In klinischer Hinsicht spielt die Verjauchung eine sehr bedeutende Rolle, indem sie einerseits zu einer Art Spontanheilung führen oder andererseits den Tod unter septischen Erscheinungen bedingen kann. Am meisten der Möglichkeit der Verjauchung ausgesetzt sind gerade die gestielten Fibromyome des Collum uteri. Wenn diese z. B. eine ziemliche Grösse erreicht haben, so können sie eine Einschnürung im Muttermund oder, falls sie sogar die Scheide passiert haben, vor der Vulva erfahren. In den dadurch bewirkten Defekten der Haut siedeln sich Bakterien an und die Gangrän tritt ein.

Überhaupt können alle solche Erosionen, mögen sie durch eine Sonde, oder den untersuchenden

Finger, durch Galvanisation etc. hervorgerufen sein, denselben Effekt haben.

Die von vielen Autoren als Uebergangsstadium zwischen Entzündung und Verjauchung angenommene Erweichung hat nur insofern Bedeutung, als sie ein Vorläufer der Gangrän ist. Meistens wird sie sich wohl decken mit Ödem, ohne dass ein wirklicher Zerfall ausgeschlossen sein soll. Dass Ödem, das längere Zeit besteht, die Verjauchung beschleunigen kann, braucht kaum erwähnt zu werden, aber weil schon eine Ernährungsstörung vorliegt, ist die Disposition des Tumors zur Verjauchung verstärkt.

Die Einlagerung von Kalksalzen in das Bindegewebe der Fibromyome ist ein ziemlich seltenes Stadium der regressiven Metamorphose. Solche durch Verkalkung entstandenen Uterussteine können unter Umständen frei und „geboren" werden, wie Fälle in der Litteratur beweisen. Nicht so selten wie dieser Verkalkungsprozess ist wohl die Fettmetamorphose dieser Tumoren. Ein grosses Interesse beansprucht die Frage bezüglich der malignen Degeneration der Fibromyome. Die Forschungen darüber sind bis jetzt noch nicht abgeschlossen. Die sarkomatöse Entartung wird allgemein anerkannt, zumal da man neuerdings die Stadien des Uebergangs mikroskopisch hat verfolgen können. Soweit ist die Forschung nach der carcinomatösen Degeneration noch nicht gediehen. Es steht fest, dass ein Fibromyom durch ein in der Nähe wucherndes Carcinom in das

Bereich der carcinomatösen Wucherung gezogen werden kann. In neuerer Zeit sind auch einige wenige Fälle veröffentlicht, welche die primäre Umwandlung beweisen sollen, die jedoch von anderen Autoren wieder nicht anerkannt werden. Auf jeden Fall ist aber diese Möglichkeit der krebsigen Umwandlung nicht so ganz von der Hand zu weisen.

Bezüglich der Ätiologie der Fibromyome sind wir nach wie vor auf Theorien angewiesen. Wenn die Virchow'sche von der irritativen Einwirkung die richtige ist, so bleibt es unerklärlich, warum gerade das untere Uterinsegment, wo doch bekanntlich eine grössere Anzahl Reizungen stattfinden, so wenig der Sitz der Fibromyome ist, während das Corpus uteri, ohne dass dort besondere örtliche Reize einwirken, der Prädilektionssitz ist. Die Winkel'sche Theorie steht auf derselben Basis. Während nun Cohnheim eine embryonale Anlage, wie bei allen Geschwülsten annimmt, hat neuerdings Roesgen auf Grund seiner Forschungen eine andere Ansicht aufgestellt. Nach diesem Autor liegt der Ausgangspunkt der Entwickelung in den Wandungen kleinster Uterusarterien. In ganz neuer Zeit ist man sogar soweit gegangen, besonders Gottschalk ist der Vertreter dieser Anschauung, tierische Parasiten für die Entstehung der Fibromyome verantwortlich zu machen. Es sind also alle Bemühungen zur Erforschung der Ätiologie dieser Geschwülste resultatlos geblieben und eine einheitliche Ansicht ist noch nicht erzielt worden.

Wenn auch in vielen Fällen die Diagnose der Fibromyome nicht schwierig ist, so können doch die durch die grossen Tumoren verursachten Lageveränderungen zuweilen die Deutung der ganzen Situation sehr erschweren. Das gilt besonders von den Fibromyomen, welche ihren Ausgangspunkt von der Innenseite einer Muttermundslippe nehmen. Eine kleine, von einer Muttermundslippe ausgehende Geschwulst kommt hierbei nicht in Betracht. Ist sie aber gross und füllt z. B. die Scheide aus, so rückt der Muttermund nach oben und man denkt dann leicht an eine Inversio uteri. Oder tritt ein solcher, an einer Lippe sitzender Tumor, der infolge seiner Grösse den Uterus zum Prolaps gebracht hat, sogar vor die äusseren Geschlechtsteile, so sucht man lange vergebens nach dem Muttermund. Die freie Lippe hat sich nämlich in Form einer Falte an die eigentliche Geschwulstmasse angelegt, die Muttermundsöffnung ist verschwunden und der ganze Tumor, oder ein Teil desselben, wie das in unserem Falle geschah, imponiert als invertierter Uterus. Eine genauere Untersuchung löst dann erst die Zweifel.

Gleichwie bei den Fibromyomen des Uterus überhaupt, sind auch bei denen der Cervix hauptsächlich zwei klinische Symptome vorhanden, die Blutungen und der Schmerz. Meistens sind sie ja ausgesprochen, zuweilen jedoch könne sie sonderbarerweise fehlen. Wenn dies bei kleineren Geschwülsten der Fall ist, braucht nicht zu verwundern, aber um

so auffallender ist es, dass die Symptome bei grossen Geschwulsten vermisst werden können. Bei unserem Falle soll darauf noch Bezug genommen werden.

Die für gewöhnlich bei den grösseren Fibromyomen stattfindenden Blutungen zeigen meistens den Charakter profuser Menstrual-Blutungen. Seltener sieht man auch Metrorrhagien auftreten, die wohl meistens nur dann entstehen, wenn im Innern des Tumors sich cystische Bluträume gebildet haben und der Inhalt nach aussen entleert wird. Das Wesentliche sind die Menstrualblutungen, die nach den Forschungen von Wyder ihren Grund in der consecutiven Entzündung der Uterusschleimhaut haben. Für die Stärke der Blutungen gilt der Grundsatz: „Je mehr sich ein Fibromyom der subserösen Form nähert, und je fester er ist, um so weniger sind Blutungen vorhanden; je näher sich jedoch der Tumor der Uterushöhle befindet, um so häufigere und stärkere Blutungen finden statt". Hieraus erklärt sich, weshalb die Cervixfibromyome weniger Blutungen zeigen, denn nach Virchow sind sie meistens hart und können auch gewöhnlich wegen ihres Sitzes die Uterusschleimhaut nicht so sehr beeinflussen.

Das zweite Symptom, der Schmerz, tritt einmal als eigentliches Schmerzgefühl, andererseits, und das ist wohl meistens der Fall, in Form abnormer Gefühlsempfindungen, besonders als Druckgefühl, auf. Dass gerade dieses Symptom zur Zeit der Menses besonders zu Tage tritt, findet seine einfache

Erklärung darin, dass die menstruelle Congestion zum Uterus eine Schwellung des Tumors bewirkt. Die submucösen Fibromyome, die in das Cavum des Uterus hineinragen, zeichnen sich dadurch aus, dass sie manchmal wehenartige Schmerzen erzeugen. Mit dem Wachstum der Geschwulst treten überhaupt allerlei abnorme Sensationen im Unterleibe, so das Gefühl des Vollsein's etc., auf. Ausserdem verdient noch der Umstand der Erwähnung, dass grosse Fibromyome durch Druck auf benachbarte Organe schwere Complicationen erzeugen können.

Zum Schlusse der allgemeinen Betrachtung der Cervixfibromyome soll noch kurz die Therapie berührt werden. Wie bei allen Neoplasmen ist auch bei den in Frage stehenden Tumoren die rationellste Behandlung die chirurgische Entfernung, welche die Prognose, die so wie so nicht schlecht ist, noch günstiger gestaltet. Bietet sie doch die Chancen, dass sie die Patientin radikal von den Blutungen und dem Schmerz befreit und von vornherein die Gefahren coupiert, welche der Patientin besonders durch Verjauchung des länger bestehenden Tumor's drohen. Wenn so auf Grund dieser Vorteile die chirurgische Therapie sich allgemeine Anerkennung verschafft hat, kann man dasselbe nicht von der medikamentösen behaupten. Diese kommt erst in zweiter Linie in Betracht, wenn die Operation aus irgend einem Grunde unmöglich ist. Dass die Ergotinbehandlung auch Erfolge aufzuweisen hat, nicht

allein bezüglich des Stillstandes der Blutungen, sondern auch was die Verkleinerung des Tumor's anbetrifft, ist nicht zu leugnen.

Wie bereits erwähnt, hat das Eintreten des Klimakterium's einen grossen Einfluss auf das Wachstum der Fibromyome, indem es nicht nur Stillstand desselben, sondern sogar Verkleinerung des Tumor's bewirken kann. Bei Patientinnen, die in der klimakterischen Periode stehen, käme demnach auch noch die exspectative Behandlung in Betracht; die neuerdings von Apostoli in Anregung gebrachte elektrische Behandlung hat noch keine besonders ermunternde Resultate erzielt. In England und Amerika wird sie ja besonders geübt; aber sie ist überhaupt noch zu jung, um endgültig ein Urteil über ihren Wert fällen zu können.

Obenan steht jedenfalls die operative Entfernung, und diese kam auch allein in unserem Falle in Betracht. Denn gerade die von einer Muttermundslippe ausgehenden Fibromyome sind deshalb schon leicht zu entfernen, weil sie doch gewöhnlich an einem Stiele sitzen.

Bei der Seltenheit der Fibromyome am Collum uteri überhaupt — Thomas Lee fand unter 74 am Uterus 4 am Collum, Courty unter 131 am Uterus 21 am Collum, Schorler unter 334 nur 27 an der Cervix und Schröder auf 307 Corpusfibromyome 27 an der Cervix — werden die wenigsten als von den Muttermundslippen ausgehend beobachtet. Die

Litteratur enthält daher auch nur wenige solche Fälle. Diejenigen Beispiele nun, wo das Fibromyom von der hinteren Muttermundslippe ausging, sollen nicht zusammengestellt und nur die zugänglichen Berichte über Fibromyome der vorderen Muttermundslippe kurz aufgeführt werden:

Peter Müller (Scanzoni's Beitrag VI. S. 65) fand bei einer Patientin eine glatte, teigige vor den äusseren Geschlechtsteilen liegende Geschwulst, die mit einem dünnen Stiele in die Scheide hineinging. Dort setzte sich der Stiel in eine dicke, konische, fleischige Masse fort, die direkt in die Scheidenwandungen am Fundus überzugehen schien. Nach längerer Untersuchung fand man erst links von diesem konischen Körper eine 4 mm breite Falte, von welcher aus die Sonde zwei Zoll weit in den Uterus hineingelangte. Der Stiel hatte die vordere Muttermundslippe ausgezogen.

Depaul zog bei einer Geburt einen faustgrossen Tumor aus den Genitalien heraus; derselbe ging von der vorderen Muttermundslippe aus und war an einem 5—6 cm langen Stiele befestigt.

Chiari beschreibt einen Fall, wo ein von der vorderen Muttermundslippe ausgehendes Fibromyom den ganzen Uterus zum Verfall gebracht und die ganze vordere Lippe zu einem dicken Stiel ausgezogen hatte.

Gusserow entfernte ein faustgrosses Fibromyom

der vorderen Muttermundslippe, das anfangs den Anschein erweckte, als läge eine inversio uteri vor.

Atthill hat einen Fall beschrieben, in dem ein eigrosses Fibromyom seinen Ausgangspunkt von der vorderen Muttermundslippe nahm.

Der von Peter Müller beschriebene Fall zeigt Ähnlichkeit mit dem in der hiesigen gynäkologischen Klinik beobachteten. Letzterer weist jedoch manche Sonderheiten auf, die ihn interessant machen dürften.

Krankengeschichte.

Anamnese: Patientin ist die 44 Jahre alte unverehelichte E. M., Sattlerstochter aus Pasewalk. Krankheiten hat dieselbe nach ihrer Angabe in ihrer Jugend nicht durchgemacht. Die Menstruation trat mit 14 Jahren ein und ist, wenn auch manchmal schwach, doch immer regelmässig verlaufen. Sie dauerte 3—4 Tage und verursachte auch keine besonderen Schmerzen. Die letzte Regel trat vor einem Jahre ein. Vor 7 Jahren hat Patientin eine schwere Zangengeburt durchgemacht, wobei das Kind tot zur Welt kam. Sie selbst erlitt einen starken Blutverlust und lag 15 Wochen an den Beschwerden eines Puerperalfiebers darnieder. Vor kurzem, also 7 Jahre nach der Geburt, bemerkte Patientin, dass ihr eine Geschwulst allmählich nach vorn rutschte und im Eingang der Scheide liegen blieb. Sie giebt an, vorher überhaupt keine Ahnung von dem Vorhandensein einer Geschwulst gehabt zu haben. Ob

ein kleiner Tumor bei der Geburt schon bestanden, weiss sie nicht zu sagen. Sonderbarerweise erklärt die Patientin, überhaupt gar keine Beschwerden, nicht einmal zur Zeit der Regel, gehabt zu haben. Sie verrichtete nach wie vor ihre schwere Arbeit, wie sie ausdrücklich hervorhob; hatte sie doch nicht einmal stärkere Menstrualblutungen. Nur in allerletzter Zeit, als der Tumor die Labien zu dehnen begann, bekam sie Beschwerden beim Gehen und ausserdem einen starken Fluor. Trotzdem suchte Patientin noch keinen Arzt auf. Als sie am 21. Febr. 1897 eine Leiter bestiegen hatte, trat ihr beim Hinabsteigen eine grosse Geschwulst vor die äusseren Geschlechtsteile. Der jetzt consultierte Arzt schickte sie in die hiesige gynäkologische Klinik.

Status praesens vom 22. Februar 1897: Patientin zeigt ziemlich schwächlichen Bau, die Farbe blass, die Ernährung ist schlecht; der Appetit ist leidlich, Stuhl und Urin sind normal. Die Untersuchung ergiebt Folgendes: Vor der Vulva hängt ein circa kindskopfgrosser, knolliger, unregelmässig gebauter Tumor, der von einer derben Haut überzogen ist. An einigen Stellen sind zum Teil grosse, aber nicht besonders tiefgreifende Ulcerationsflächen zu erkennen. Ein grösserer nach vorn gelegener Abschnitt des Tumor's macht zunächst den Eindruck eines Uterus, indem er diesem an Grösse und Gestalt gleichkommt. Der Tumor hängt an einem 4—5 cm. langen und daumendicken Stiel, der sich

als die lang ausgezogene vordere Muttermundslippe erweist. Denn es ergiebt sich: Links unter dem grossen Abschnitt, der wie erwähnt, einen Uterus vortäuschen kann, befindet sich eine kleine Öffnung, die den Muttermund darstellt. Die hintere Lippe erkennt man als frei, sie hat sich jedoch faltenförmig an die eigentliche Geschwulstmasse angelegt, und so ist vom Muttermund nur die wenig mehr als stecknadelkopfgrosse Öffnung übriggeblieben. Die durch diese eingeführte Sonde gelangt zunächst in einen wallnussgrossen, unregelmässig begrenzten Recessus und von da erst in das Cavum des Uterus; mit der Concavität nach hinten dringt sie 9 cm. tief in denselben ein. Vom Rectum aus ist die Sondenspitze zu palpieren. Während nun der Uterus durch das Gewicht der Geschwulst sehr nach unten gezerrt ist, sind das vordere Scheidengewölbe in einer Länge von 4 cm. und das hintere in seiner ganzen Länge erhalten. Eine geringe Retroversio uteri lässt sich ausserdem durch die Palpation vom Rectum aus konstatieren, während von den Bauchdecken aus der Uterus nicht zu fühlen ist.

Auf Grund dieses Befundes wird am 23. Februar 1897 die Abtragung des Tumors vorgenommen. Zur genaueren Orientierung wird zunächst ein männlicher Katheter in die Blase eingeführt; diese wird dabei in ihrer normalen Lage gefunden. Dann wird um den Stiel der Geschwulst ein Schlauch gelegt, und unterhalb dieses der Stiel durchschnitten. Sodann

wird eine Sonde in den Cervicalkanal eingeführt und der Stumpf des Stieles durch einige Seidensuturen völlig vernäht. Auf diese Weise wird eine neue vordere Muttermundslippe geschaffen. Die Blutung steht nach der Naht vollständig. Zum Schluss wird mit Jodoformgaze tamponiert. Am 2. März werden die Nähte entfernt, worauf die Wunde per primam heilte. Vom 4. März ab werden täglich Scheidenausspülungen gemacht, und bereits am 6. März konnte Patientin als geheilt entlassen werden.

Die makroskopische Untersuchung des Tumors ergab: Die Länge beträgt 17,5 cm, die Breite 16 cm und die Dicke 8 cm. Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass er infolge Abfliessens einer Menge von Ödemflüssigkeit sehr abgeschwollen war. Zunächst sind an der Geschwulst zwei Hauptabschnitte zu erkennen, ein grösserer, der in situ nach vorn gelegen hat, und ein kleinerer hinterer. Zwischen beiden zieht sich eine tiefe Furche hin, die sowohl oben als unten eine deutliche Begrenzung bewirkt. Der grössere Teil schlägt sich nach unten um und zerfällt dort in drei kleinere Lappen, die nach der Stelle gerichtet sind, wo sich der Rest des Stieles zu erkennen giebt. Dieser Rest ist ziemlich klein, ein Beweis dafür, dass der an sich längere Stiel von der lang gezerrten vorderen Muttermundslippe gebildet wurde. Was die Oberfläche des Tumor's anbetrifft, so ist die des grossen Lappens ziemlich glatt, die des kleineren höckrig. Der grösste Teil

der Oberfläche hat eine grauweisse Farbe im Gegensatz zu den ulcerierten Partien, deren Rand rötlich und deren Grund eitrig belegt ist. Diese Geschwürsflächen erstrecken sich aber nicht in die Tiefe der Geschwulst. Statt dessen sind sie bedeutend ausgebreitet und zwar weist der grosse Abschnitt des Tumor's 3 auf, von denen eine 11 cm lang und 5 cm breit ist. Durch diese ulcerativen Prozesse ist die feste und derbe Haut, welche den ganzen Tumor überzieht, zum Teil zerstört, ein Umstand, der sicher hohe klinische Bedeutung hat.

Wie die Haut, so fühlt sich auch der ganze Tumor hart an; diese harte Consistenz kommt beim Einschneiden noch mehr zur Geltung. Auch jetzt noch quillt aus dem Schnitt eine Menge Ödemflüssigkeit heraus. Die Schnittfläche zeigt ein charakteristisches Aussehen. Es treten eine grosse Zahl von weissen Streifen im Gegensatz zu wenigen rötlichen Lagen hervor. Die ersteren stellen das Bindegewebe, die letzteren die Muskelbündel dar. Makroskopisch konnte man so schon die Diagnose auf Fibromyom stellen, das sich dem Typus des harten Fibrom's nähert.

Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung sei in folgendem zusammengefasst. Ein frischer Schnitt, das Material dazu wurde aus der nicht ulcerierten Partie des grossen Lappens genommen, zeigt bei starker Vergrösserung sich durchflechtende fibröse und muskulöse Faserzüge; der erste Bestand-

teil überwiegt jedoch. Nach Essigsäurezusatz treten besonders schön bei den Muskelzügen die länglichen, stäbchenförmigen Kerne hervor. Um ein ganz genaues Bild von der Struktur des Tumors in allen Teilen und zugleich der bedeckenden Haut zu bekommen, werden Stücke von drei Stellen, sowohl von intacten, als ulcerierten, gehärtet. Die dann mit Hämatoxylin gefärbten Schnitte zeigen unter dem Mikroskop bei starker Vergrösserung gemeinsam 3 Zonen. Die oberste, welche der Haut des Tumors entspricht, besteht aus Plattenepithelien, deren oberste Schicht verhornt ist; an diese schliessen sich Epithelien, die mehr kubische Gestalt haben, während die tiefste Schicht sich der cylindrischen Form nähert. Da nun die ganze Plattenepithelzone auch regelmässige Fortsätze zwischen Papillen in die Tiefe schickt, stimmt die Haut des Tumors in ihrer Struktur vollständig mit der Bedeckung am Muttermund überein. Unter der dreifachen Plattenepithelschicht liegt eine Partie lockeres Bindegewebe, das allmählich derberen Charakter annimmt und bis in die tiefsten Partien des Schnittes als solches zu erkennen ist. Die im Bindegewebe zerstreut liegenden Muskelzüge sind wenig zahlreich. Blutgefässe sind entsprechend dem Überwiegen des fibrösen Elements wenig zu erkennen.

Die Schnitte aus den ulcerierten Stellen zeigen folgenden Typus: die 3 Zonen sind auch hier vorhanden. Jedoch ist die Plattenepithelzone an einigen Punkten vollständig abgehoben, manchmal in grossem

Bogen, oder sie fehlt meistens ganz. In dem Bindegewebe erkennt man eine Menge prall gefüllter Gefässe; das ganze Gewebe ist reichlich, besonders in den obersten Partien, mit Kernen versehen und an vielen Stellen kleinzellige Infiltration vorhanden, alles Zeichen der Entzündung. Ausserdem lässt sich hier und da ein deutliches Fibrinnetz und auch Granulationsgewebe erkennen. Die mikroskopische Untersuchung hat also ergeben, dass wir es hier mit einem Fibromyom zu thun haben, welches sich infolge des Übergewichts des fibrösen Bestandteils dem Typus des reinen Fibroms nähert. Wenn Virchow sagt, dass gerade die Cervixfibromyome diesen Charakter haben, so ist dieser Fall auch ein Beleg dafür.

Epicrise.

Der mitgeteilte Fall bietet manches Interessante, da doch Ergebnisse vorliegen, die von den bei Fibromyomen gewöhnlich beobachteten Erscheinungen abweichen. Zunächst ist neben der Grösse der Sitz an der vorderen Muttermundslippe zu erwähnen. Wie die wenigen in der Litteratur aufgeführten Fälle beweisen, ist diese Thatsache selten beobachtet. Früher war schon darauf hingewiesen, dass die klinischen Symptome der Fibromyome fehlen oder doch geringer ausgeprägt sein können, nicht allein bei kleinen, sondern auch bei grossen Tumoren. So hat Madge einen Fall beschrieben, der eine 40jährige Selbstmörderin betraf, in dem die grosse

Geschwulst intra vitam überhaupt keine Beschwerden gemacht hat.

In unserem Falle haben nun keine Blutungen stattgefunden. Das lässt sich aus den bei der Besprechung der Blutungen im allgemeinen angeführten Gründen erklären, und diese Erscheinung ist auch soweit nicht so auffallend. Sagt doch auch Schröder: „Die Cervicalfibromyome haben seltener heftige Blutungen.“ Aber trotzdem ist das Ausbleiben der Blutungen auffallend, weil ziemlich ausgedehnte ulcerative Prozesse an dem Tumor Platz gegriffen hatten. Denn es kommt auch vor, dass gerade Ulcerationen der bedeckenden Schichten Kapselgefässe arrodieren und so zu Blutungen Veranlassung geben, wenn das auch nicht gerade häufig ist. Die Ulcerationen sind wohl auf folgende Weise entstanden. Die Geschwulst hat längere Zeit im Scheideneingange gelegen und war dort mechanischen Insulten sehr ausgesetzt. Vor allem wird wohl hier das Scheuern der Kleider in Betracht kommen. Das fortwährende Reiben der letzteren hat jedenfalls Defekte der Epitheldecke erzeugt, und dort haben sich die Eitererreger angesiedelt. Indes die feste Hülle hat der Einschmelzung sicher Widerstand entgegengesetzt und noch mehr das fibröse Gewebe. Denn sonst hätte sich sehr leicht durch das Hinzukommen von Fäulnisbakterien eine Verjauchung des Tumors anschliessen können. Sind doch gerade die Cervixfibromyome, die wie in unserem Falle länger im Eingang der Scheide oder sogar vor

derselben gelegen haben, in bedeutendem Masse der Verjauchung ausgesetzt, zumal wenn schon ödematöse Schwellung infolge von Ernährungsstörung vorliegt.

Was das zweite Hauptsymptom der Fibromyome, den Schmerz, anbetrifft, oder die abnormen Sensationen im Unterleibe, so ist Patientin auch davon verschont geblieben, ausgenommen in der letzten Zeit. Das ist gewiss auffallend, zumal der Tumor doch eine beträchtliche Grösse erreicht hatte. Die Beschwerden beim Gehen und der Fluor traten erst spät ein, weshalb Patientin sich auch erst so spät in ärztliche Behandlung begab.

Schliesslich hat die Untersuchung des Tumor's eine Thatsache ergeben, welche zu einer einfacheren Erklärung für den Ausgangspunkt der Entzündung berechtigt, wie sie in den mikroskopischen Bildern zu erkennen ist. Wenn, wie früher erwähnt, Gusserow dazu neigt, die Entzündung von dem nekrotischen Zerfall im Innern der Fibromyome abhängig zu machen, so dürfte in unserem Falle einfach der durch die mechanische Reizung bedingte Epithelverlust den Anstoss dazu gegeben haben.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Pernice für die gütige Ueberweisung des Thema's meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen. Ausserdem bin ich Herrn Privatdozenten Dr. Busse für die freundliche Unterstützung bei der mikroskopischen Untersuchung verpflichtet.

Litteratur.

Gusserow: Neubildungen des Uterus.

Pozzi: Gynäkologie.

Schröder: Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Virchow: Geschwülste. III.

Schanter: Lehrbuch der gesammten Gynäkologie.

Lebenslauf.

Peter Frey, katholischer Confession, wurde am 22. November 1872 geboren als Sohn des Gerbereibesitzers Barthel Frey und dessen Ehefrau Getrud Schmitz zu Linnich, Kreis Jülich. Den ersten Unterricht genoss er in der Elementarschule seines Heimatsortes. Ostern 1885 wurde er in die Quinta des Kaiser Wilhelm-Gymnasium's in Köln aufgenommen. Mit dem Reifezeugnis verliess er Ostern 1893 das Gymnasium und bezog die Universität Bonn, um Jura zu studieren. Nach zwei Semestern verliess er Bonn und wurde in Greifswald als Mediziner immatrikuliert. Am 22. Juli 1895 bestand er das „Tentamen physicum". Im Winter-Semester 1895/96 diente er das erste halbe Jahr mit der Waffe beim 3. Bat. des 42. Intt.-Regts. in Greifswald ab. Am 20. Juli 1897 bestand er das Tentamen medicum, am 23. das Tentamen rigorosum.

Als Mediziner besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Dozenten;

Arndt, Ballowitz, Busse, Grawitz, Gerstäcker †, Helferich, Hoffmann, Krabler, Landois, Limpricht, Löffler, Mosler, Oberbeck, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schmitz †, Solger, Sommer, Strübing, Schulz.

Diesen meinen hochverehrten Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen wärmsten Dank aus.

Thesen.

I.

Eine gesunde Mutter, die hinreichend Nahrung für ihren Säugling hat, darf sich weder durch gesellschaftliche, noch durch kosmetische Rücksichten abhalten lassen, das Kind selbst zu säugen.

II.

Vom hygienischen Standpunkte aus ist die Steilschrift zu empfehlen.

III.

Das beste und sicherste Mittel, der Ausbreitung der Epidemien entgegenzutreten, bildet die Isolierung.